

## CONDIZIONI PARTICOLARI

### Art. 1)

La polizza ha per oggetto l'assicurazione dei "Complementari di Bordo ALITALIA SPA del Gruppo I.R.I." iscritti e non alle organizzazioni sindacali di categoria, come da apposito elenco; comprenderà in seguito anche i nuovi assunti, semprechè non debbano, a tenore di Polizza, esserne esclusi.

Per gli altri "Naviganti del gruppo I.R.I. e non", la garanzia è valida purché al momento della stipula del contratto, le rispettive Organizzazioni sindacali abbiano presentato un elenco nominativo dei propri iscritti i comprenderà in seguito anche le persone iscritte successivamente, dietro presentazione di fotocopia della delega di iscrizione, semprechè non debbano, a tenore di Polizza, esserne esclusi.

Il personale assicurato viene iscritto sotto progressivo numero d'ordine, in apposito Libro Matricola fornito dalla Società, Libro che forma parte integrante del contratto.

Il Contraente dovrà tenere tale Libro aggiornato iscrivendovi, nell'ordine cronologico della loro iscrizione, tutti i Complementari di Bordo da assicurare, con la Polizza predetta ed indicando per ciascuno il numero d'ordine di iscrizione, le generalità, la data di entrata in copertura, la data di cessazione dell'assicurazione.

Le sostituzioni e le aggiunte effettuate devono essere registrate dal Contraente nel predetto Libro Matricola prima che il dipendente si iscriva.

Di tutte queste variazioni, nonché delle riduzioni effettuate, dovrà essere data immediata comunicazione sotto forma di lettera raccomandata alla Società.

Le variazioni verificatesi avranno vigore, agli effetti dell'assicurazione a decorrere dalle ore 24 del giorno risultante dal timbro della raccomandata o, se consegnata a mano, dal timbro di ricevuta dell'Agenzia.

La Società si riserva di far verificare, qualora lo ritenga opportuno, il predetto libro Matricola.

La liquidazione dei premi sarà fatta alla fine di ciascun anno di Assicurazione in base ai diversi periodi di Assicurazione.

Le frazioni di mese pari o superiori a 15 gg. verranno computate con un dodicesimo di premio annuo.

Resta però inteso che il premio minimo da computarsi per i singoli assicurati dovrà essere conteggiato per un mese anche se il periodo di assicurazione fosse inferiore.

Con l'emissione dell'appendice riepilogativa la Società oltre al conguaglio consuntivo fisserà la rata di Premio.

Il Contraente al perfezionamento del presente contratto versa il Premio di L. 2.458.676.000 = (duemiliardiquattrocentocinquantomilioneisessantasettantaseimila) € 1.269.800,12 (unmilione duecentosessantanove milaottocento/18) sulla base di un numero iniziale di 2941 Assicurati, per un importo pro-capite omnicomprensivo di Lire 836.000= (ottocentotrentaseimila).

Entro 60 gg. dalla data di effetto del presente Contratto, il Contraente si impegna a comunicare il numero effettivo delle persone appartenenti alle categorie assicurate.

### Art. 2)

La garanzia decorre dalle ore 24.00 del giorno di perfezionamento della Polizza,

### Art. 3)

La garanzia è estesa al parto, ma resta comunque inteso fra le Parti che la garanzia relativa al parto fisiologico si intende prestata con un massimo di Lire 1.500.000 = (unmilione cinquecentomila) € 774,69 (settecentosettantaquattro / 69) senza alcuna applicazione della franchigia e scoperto sempre e soltanto nel caso di parto fisiologico.

### Art. 4)

La prestazione di cui all'Art. 3 delle Condizioni Particolari, riferita al parto e alle malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, per i nuovi iscritti decorrerà dal giorno successivo a quello da cui ha effetto la garanzia assicurativa.

### Art. 5)

A parziale deroga dei punti 5) e 6) lettera A) delle prestazioni, l'onere a carico della Società si intende fissato al 30% del massimale assicurato con un massimo di lire 14.000.000 (quattordicimilioni) € 7230,40 (settemiladuecentotrenta / 40) con l'applicazione della franchigia e scoperto

### Art. 6)

La garanzia si intende prestata limitatamente alla lettera A) delle prestazioni intendendo pertanto escluse le garanzie previste dalle lettere B) - C) - D) - E) delle prestazioni stesse.

### Art. 7)

Gli art. 7) delle Condizioni Generali di Assicurazione e l'art. 1), 2) e 3) delle Condizioni Speciali si intendono annullati.

### Art. 8)

a) il rimborso verrà effettuato per le spese effettivamente sostenute e documentate indipendentemente da eventuali rimborsi da parte del Servizio Sanitario Nazionale;

b) qualora l'assicurato abbia presentato l'originale dei documenti al Servizio Sanitario Nazionale, la Società effettuerà il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione di fotocopie degli originali, unitamente al documento comprovante l'avvenuta consegna degli stessi al Servizio Sanitario Nazionale.

Le fotocopie dovranno portare, in originale, il timbro dell'Istituto di Cura;

e) qualora l'Assicurato, a seguito di denuncia di sinistro, non presenti alla Società alcuna richiesta di rimborso, avrà diritto ad una indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero pari a Lire 250.000.- (duecentocinquantomila) € 129,11 (centoventinove /11) con una franchigia relativa di 2 gg. e fino alla concorrenza massima di 75 gg. di ricovero per anno.

Art. 9)

Il massimale per persona e per anno assicurativo si intende fissato in L. 100.000.000= (centomilioni).€ 51.645,69 (cinquantunomilaseicentoquarantacinque / 69)

Per ogni ricovero non a totale carico del S.S.N. il rimborso verrà effettuato dopo una franchigia assoluta di Lire 900.000.= (novecentomila) € 464,81 (quattrocentosessantaquattro / 81) con applicazione di uno scoperto del 10% sull' eccedenza.

In caso di ricovero conseguente a Grande Intervento Chirurgico, così come definito nella tabella riferita al D.P.R. 28/12/65 n. 1763 che alleghiamo in copia, il massimale assicurato si intende raddoppiato con limite di L. 200.000.000. = (duecentomilioni ) € 103.291,38 (centotremiladuecentonovantuno / 38) ferma la franchigia e lo scoperto di cui sopra.

In caso di Day Hospital senza pernottamento o intervento chirurgico ambulatoriale il rimborso verrà effettuato dopo una franchigia assoluta di sole Lire 500.000.= (cinquecentomila) € 258,23 (duecentocinquantotto / 23) senza l'applicazione di alcuno scoperto sull'eccedenza.

Art. 10)

A parziale deroga dell'art. 12) delle Condizioni Generali di Assicurazione la denuncia di sinistro dovrà avvenire entro 10 gg. dall'evento, o nei casi di impossibilità provata entro 10 gg. successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura.

Art. 11 )

Il presente contratto viene emesso con durata quinquennale con effetto dal 31.12.99 e scadenza al 31.12.2004. Lo stesso non e' rescindibile da ambo le parti per i primi tre anni

Il Contraente pagherà il premio annuo stabilito, la prima volta alla decorrenza del 1/12/99 e successivamente alle scadenze del 31/12/2000, 31/12/2001, 31/12/2002 e 31/12/2003.

Il premio pro-capite ed i massimali di polizza restano invariati per tutta la durata contrattuale.

Art. 12)

Rescindibilità contrattuale: pur essendo la durata del contratto di cinque anni, le parti si riservano la facoltà di risolverlo a partire dalla terza annualità, mediante raccomandata da inviarsi due mesi prima della scadenza del terzo anno.

Art. 13)

Resta inteso fra le Parti che il Contratto per il periodo 31/12/1999 - 31/12/2004 si intende ripartito fra la R.A.S e l'ASSITALIA:

R.A.S.	70%
ASSITALIA	30%

SERVIZIO CLINISERVICE

Fermo restando la vigente normativa sul presente contratto, nell'eventualità di ricovero per effetto di malattia, infortunio o parto, il pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato verrà effettuato secondo le modalità che seguono.

a) Ricoveri presso Istituti di cura totalmente convenzionati con Cliniservice.

In caso di ricovero presso un Istituto di Cura convenzionato, la Società provvederà ad effettuare il pagamento diretto all'Istituto di cura di tutte le spese sanitarie sostenute durante il ricovero.

b) Ricoveri presso Istituti di Cura parzialmente convenzionati con Cliniservice.

In caso di ricovero presso un Istituto di Cura convenzionato che comporti un intervento chirurgico eseguito da équipe operatoria non convenzionata, la Società:

- pagherà direttamente all'Istituto di Cura le spese sanitarie relative al ricovero;

- rimborserà all'Assicurato le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni di detta équipe - previa applicazione per evento della franchigia e scoperto come da art. 9) delle Condizioni Particolari di polizza (franchigia L. 900.000 - € 464,81 con scoperto del 10% sull'eccedenza).

c) Ricoveri presso Istituti di Cura non convenzionati con Cliniservice.

In caso di ricovero presso un Istituto di Cura non convenzionato, la Società rimborserà all'Assicurato le spese effettivamente sostenute durante il ricovero e documentate - previa applicazione per evento della franchigia e scoperto come da art. 9) delle Condizioni Particolari di polizza (franchigia L. 900.000 - € 464,81 con scoperto del 10%, sull'eccedenza).

d) Ricoveri a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In caso di ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente le spese effettivamente sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato come segue:

- se l'Istituto di cura che eroga le prestazioni è convenzionato con Cliniservice, pagherà direttamente all'Istituto di Cura le spese sanitarie relative al ricovero;

- se l'Istituto di cura non è convenzionato con Cliniservice rimborserà all'Assicurato le spese effettivamente sostenute durante il ricovero - previa applicazione per evento della franchigia e scoperto come da art. 9) delle Condizioni Particolari di polizza (franchigia L.900.000 - € 464,81 con scoperto del 10% sull'eccedenza).

Pagamento diretto alla Casa di Cura

La procedura di pagamento diretto all'Istituto di Cura sarà operante, per i singoli Assicurati, a partire dalla data indicata nella tessera Cliniservice, sempreché la stessa venga utilizzata in conformità di quanto disposto all'art. 3 del "Regolamento" e cioè presso istituti di Cura convenzionati con Cliniservice.

Cessione dei diritti

In caso di pagamento diretto da parte della Società all'Istituto di cura, ogni diritto derivante all'Assicurato, dalla presente polizza si intende fin d'ora irrevocabilmente ceduto, in conformità a quanto previsto dal "Regolamento", in favore del o degli Istituti di cura eroganti le prestazioni sanitarie o di Cliniservice nei casi di sostituzioni ad essi.

Il pagamento eseguito dalla Società in forza della presente cessione ed in favore dei cessionari sopra indicati sarà pienamente liberatorio nei confronti dell'Assicurato stesso.

A semplice richiesta della Società la spettabile Contraente si attiverà per far ottenere alla Società stessa il rimborso delle somme non coperte da assicurazione che essa Società sia tenuta a pagare a terzi a seguito di uso improprio della Carta da parte dell'Assicurato.

Art. 3.20 - Regolamento Cliniservice Carta Assicurativa Ospedaliera Privata

La carta Assicurativa Ospedaliera Privata (di seguito definita "Carta") viene rilasciata dalla CLINISERVICE SRL con sede in Roma, Via Flaminia 395 (di seguito indicata "Cliniservice"), esclusivamente per i dipendenti in servizio dal 31/12/99 e così di anno in anno con contratto di Lavoro a tempo indeterminato, così come risultante da apposito elenco fornito dall'Azienda.

Il regolamento della Carta Cliniservice di seguito riportato s'intende approvato da ciascun Assicurato, il quale è pertanto responsabile dell'uso della Carta in conformità al Regolamento stesso.

1) Accettazione della domanda

La Carta non potrà essere rilasciata che in presenza della polizza assicurativa ( di seguito definita "Polizza" emessa dalla Riunione Adriatica di Sicurtà ( di seguito definita "Società" stipulata dalla Contraente ed allegata al presente regolamento e, pertanto l'emissione, validità e rinnovo della Carta sono subordinati alla validità e alla sussistenza della Polizza.

2) Validità della carta

La Carta è valida unicamente per il periodo indicato sulla stessa; tale validità cessa pertanto con la scadenza segnata sulla Carta o comunque alla cessazione della Polizza; si intende però rinnovata ad ogni scadenza attraverso rilascio di una nuova Carta.

Detto rinnovo è tuttavia subordinato al pagamento del prezzo della Carta in vigore al tempo del rinnovo contestualmente al pagamento del premio di Polizza.

3) Utilizzazione della Carta

L'Assicurato (di seguito definito "Titolare") e le altre persone in essa iscritte (di seguito collettivamente indicati "Beneficiari") sono i soli legittimati ad utilizzare la stessa presso gli Istituti di Cura convenzionati con la Cliniservice di cui all'elenco allegato al presente Regolamento (di seguito indicati "Casa di cura"). (L'utilizzo della carta consente al titolare ed ai Beneficiari di ottenere senza alcun esborso, tutte le prestazioni sanitarie assicurate dalla polizza stessa ed erogate dalla Casa di cura durante il ricovero.

Il Titolare rinuncia pertanto a favore della Casa di cura al diritto al rimborso nei confronti della Società del pagamento delle prestazioni sanitarie di cui sopra nei limiti previsti dalla polizza ed autorizza quindi il pagamento diretto della Società alla Casa di cura erogatrice dei servizi.

Le prestazioni non sanitarie e comunque quelle non assicurate dalla Polizza saranno direttamente pagate dal titolare alla Casa di cura sulla base della relativa fattura.

Il Titolare si impegna:

a) al momento del ricovero presso la Casa di cura a dichiarare alla Casa di cura stessa che la prestazione richiesta rientra, sia per tipologia che per massimale disponibile, fra quelle di cui alla polizza;

b) all'atto delle dimissioni dalla Casa di cura:

1 - a sottoscrivere i documenti fiscali emessi dalla Casa di cura, per riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri, documenti richiesti dalla Casa di cura in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra;

2 - a pagare immediatamente alla Casa di cura e all'equipe medica il saldo di quanto dovuto per le prestazioni ricevute non coperte dalla polizza.

4) Massimale

La Carta riporta il massimale del rimborso delle prestazioni sanitarie previste in polizza, che sarà operativo per tutta la validità della polizza e per l'annualità assicurativa.

5) Prestazioni non coperte dalla polizza

Il Titolare è sempre responsabile delle prestazioni ricevute non coperte dalla polizza.

6) Furto o smarrimento

Il furto o lo smarrimento della Carta dovranno esser comunicati dal Titolare al Cliniservice per telefono, con conferma per lettera raccomandata A.R. entro 3 giorni dall'evento, allegando copia della denuncia che dovrà sporgere alle autorità competenti.

Il Titolare solleva comunque la Cliniservice da qualsiasi responsabilità circa l'illecito o difforme uso della carta da parte di terzi.

#### 7) Prestazioni sanitarie della casa di cura

Il titolare riconosce che la Cliniservice non è responsabile e comunque la esonera da qualsiasi responsabilità per le prestazioni effettuate dalla Casa di cura e rinuncia pertanto fin d'ora a far valere verso la Cliniservice qualsiasi azione o eccezione in merito ai rapporti intercorsi con la Casa di cura e alle prestazioni fornite dalla stessa.

#### 8) Revoca e rinuncia

In caso di uso improprio della Carta o comunque di non rispetto dei termini e condizioni del presente regolamento, ed in particolare di quelli agli art. 2, 3, 5, 6, 11 la Cliniservice ha facoltà di revocare, in qualsiasi momento, la concessione della carta e di risolvere il rapporto con il Titolare mediante semplice invio di comunicazione in tal senso a mezzo raccomandata A.R. ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 C.C.

Il Titolare potrà parimenti rinunciare in qualsiasi momento alla Carta restituendola con raccomandata A.R. all'Agenzia della Società che ha emesso la polizza. In ogni caso il Titolare non avrà diritto ad alcun rimborso. A seguito di revoca o rinuncia della Carta e a far data dalla ricezione della comunicazione relativa, la Carta non potrà più essere utilizzata per i servizi Cliniservice e dovrà comunque essere restituita alla Cliniservice.

#### 9) Proprietà della Carta

La Carta rimane di proprietà della Cliniservice

#### 10) Familiari

La Carta può essere emessa in forma individuale o per il nucleo familiare del Titolare: in quest'ultimo caso essa dovrà riportare i nominativi di tutti i beneficiari. Il Titolare garantisce alla Cliniservice il rispetto dei termini e condizioni del presente regolamento e della polizza anche da parte degli altri beneficiari.

#### 11) Estensione territoriale

La Carta è valida per l'Italia e relativamente alle Case di cura di cui all'elenco allegato od agli eventuali aggiornamenti dello stesso, che saranno di volta in volta comunicati dalla Cliniservice a tutte le Agenzie della Società a mezzo lettera raccomandata A.R.; Cliniservice, tuttavia, non assume alcuna responsabilità per l'ipotesi in cui le Case di cura indicate nell'elenco suddetto dovessero, durante il periodo di validità della Carta terminare la propria adesione alla convenzione.

#### 12) Foro

Per qualsiasi controversia tra il Titolare e la Cliniservice, le parti convengono che il foro competente sarà quello di Roma.

#### 13) Elezione di domicilio

Per qualsiasi comunicazione o controversia relativa alla Carta, il Titolare elegge domicilio presso la sede del Contraente.

#### 14) Modifiche del regolamento

La Cliniservice potrà modificare il presente regolamento a suo insindacabile giudizio. Le modifiche si applicheranno tuttavia solo al momento del rinnovo della Carta. In tal caso la Carta verrà rinnovata solo a seguito di accettazione scritta del regolamento modificato.

**ALLEGATO TECNICO ALLA COMUNICAZIONE DEL FIPA RIFERITA ALLA CONVENZIONE SOTTOSCRITTA PER LA STIPULA DI POLIZZE RIMBORSO SPESE MEDICHE FAMILIARI COMPLEMENTARI DI BORDO ALITALIA SPA A DECORRERE DAL 01/09/95.**

ART.1 Le polizze hanno una durata annuale. Contraenti i singoli Complementari di Bordo. Le stesse si rinnovano tacitamente di -anno in anno salvo disdetta da parte del FIPA o della RAS. da inviarsi a mezzo racc. a/r almeno 30 gg. prima della scadenza annuale.

ART.2 La prima annualità decorre dal 1/9/95 e scade il 31/12/96. le successive dal 1/1 al 31/12 di ogni anno.

ART.3 Gli inserimenti in garanzia dei familiari avvengono su specifica adesione dei singoli Complementari di Bordo esclusivamente presso la scrivente Agenzia.

ART.4 Assicurati: familiari a carico, conviventi, nonché genitori, (età max. al momento dell'inserimento 60 anni) dei Complementari di Bordo.

ART.5 Normativa come da polizza cumulativa in essere per i Complementari di Bordo, (vedere opuscolo illustrativo già in possesso), con conferma però delle carenze contrattuali. Nessuna carenza è invece prevista per i familiari il cui inserimento è in sostituzione di altra ns. polizza sanitaria.

ART.6 Gli inserimenti avranno decorrenza all'inizio di ogni mese, mentre le eventuali uscite al termine dell'annualità

ART.7 Per l'adesione sono necessarie le generalità dei familiari, la sottoscrizione da parte del dipendente Complementare di Bordo dei documenti di polizza, del questionario sanitario mod. 84. nonché della delega di pagamento se in trattenuta.

**PREMIO PRO-CAPITE**

Età al momento dell'inserimento	Premio annuo in €uro	Premio annuo in lire	Trattenuta mensile in €uro	Trattenuta mensile in Lire
Fino a 20 anni	206,58	400.000	17,30	33.500
Da 20 a 30 anni	309,87	600.000	25,82	50.000
Da 30 a 40° anni	335,70	650.000	27,89	54.000
Da 40 a 55 anni	413,17	800.000	34,34	66.500
Da 55 a 60 anni	516,46	1.000.000	43,12	83.500

ART.8 Il premio di polizza dovrà essere regolarizzato direttamente dal Contraente, sia con il pagamento del premio annuo in un'unica soluzione, sia mediante ritenuta mensile sullo stipendio, sottoscrivendo apposita delega di trattenuta indirizzata all'Alitalia Spa. Il premio sarà riferito comunque all'effettivo periodo di copertura goduto. La trattenuta mensile non comporta alcun onere aggiuntivo.

ART.9 Documentazione per il rimborso in caso di sinistro come quella in uso attualmente per la cumulativa Complementari di Bordo. - Qualsiasi ulteriore delucidazione presso la scrivente Agenzia.

Roma. Settembre 1995

RIUNIONE ADRIATICA DI SICURTÀ  
Agenzia Principale "Roma 16"